



# Aspetos cognitivos e emocionais em pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crónica

Inês Ministro Ferreira

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Clínica- Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo, Professor Associado, Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, Setembro de 2019

Ao meu avô

## **Agradecimentos**

Chegada ao fim esta última etapa tão importante e de um percurso académico que realizei com muita dedicação e amor. Tudo começa num sonho, e hoje, espera-me um futuro com muitos objetivos e desejos. Sabendo que nada disto era possível sem algumas pessoas, resta-me deixar uma mensagem de gratidão aos que de várias formas me ajudaram.

À Professora Doutora Ana Galhardo, pela sua orientação, pelas incansáveis horas de trabalho e dedicação. Não só ao longo deste ano, mas por todo o meu percurso académico. A sua partilha de conhecimentos e disponibilidade contribuíram para uma melhor aprendizagem. O meu mais sincero obrigada!

A todos os professores e funcionários do Instituto Superior Miguel Torga que contribuíram para que concluísse a minha formação de uma forma tão positiva.

À Associação Portuguesa de Insuficientes Renais pela sua colaboração e a todos os participantes deste estudo que possibilitaram a realização deste projeto.

Às “Cinco da vida Airada”, pelo apoio incondicional. Pats, Mel, Sol e Maria. Obrigada por todos os almoços e conversas prolongadas neste ano tão desafiante. Obrigada pela amizade e carinho!

Quero agradecer aos meus colegas de casa, que tantas vezes me ouviram desabafar!

A todos os meus amigos com quem partilhei a minha vida académica e que de alguma forma contribuíram para o meu percurso. Em especial: Patrícia, Solange, Melanie, Maria, Adriana, Nádia, Vanessa e Mário. Fico eternamente grata por terem entrado na minha vida.

Aos amigos de sempre! Em especial à Sara, Fabiana, Gonçalo, Tomás e Rosas. Que nem sempre estando presentes durante este ano, contribuíram no meu crescimento como pessoa. Obrigada.

Um obrigado muito especial aos meus colegas do IPO: Fátima, Barros, Emídio e Isabel. Pelos seus tão sábios conselhos e pela genuína preocupação no meu bem-estar!

Quero agradecer também aos meus missionários preferidos! Rafaela, Jacinta, Margarida, Márcio, Pedro e Jorge. São um exemplo de bondade e compaixão. Obrigada!

À minha família! Os meus pais, avós, tios, irmão e cunhada Daniela. Obrigada pela vossa força e apoio! Um especial agradecimento aos meus pais, por me darem a liberdade para ser aquilo que sonhei! Por estarem sempre ao meu lado e apoiarem a tudo aquilo que me proponho. Por festejarem as minhas conquistas como se das deles se tratasse. Sem eles, nada disto era possível!

Obrigada mãe, és o meu maior exemplo de força e resiliência!

Ao meu irmão, por ser, sem dúvida, a minha maior referência académica! Um exemplo de competência e inteligência. A pessoa mais perspicaz que conheço e que me ensinou muito! Mas mais importante que tudo isto, pelo seu apoio constante, pelas mil chamadas que me atendeu ao longo de todo o ano, para me ouvir falar dos meus receios ou só porque sim. Estou eternamente grata, meu Laranjinha.

Ao meu Rafa! Que me acompanhou nestes 5 anos. Obrigada pela tua paciência, bondade, amor e dedicação. Não tenho palavras para agradecer tudo aquilo que fizeste por mim neste percurso. Por todos os gestos de amor que tiveste, será impossível retribuir. És sem dúvida a pessoa que mais presente estive nas horas menos boas. Que fez o possível e impossível para “estudar o máximo de tempo possível”. Obrigado meu amor, os meus resultados, são também, graças a ti.

Ao amor da minha vida, O MEU AVÔ! Que mesmo já não estando presente, é a quem dedico todo o meu percurso. Obrigada por todos os ensinamentos, por todos os abraços no momento certo. Por me ensinares aquilo que não se aprende nos livros, a compaixão por todos com quem nos cruzamos! Obrigada por seres a pessoa mais bonita que alguma vez conheci.

Pela falta que me fazes, por ser em ti que encontro todas as forças para continuar. Agradecer-te é pouco.

## **Resumo**

**Introdução:** A insuficiência renal corresponde ao estado patológico em que os rins são incapazes de cumprir as suas funções de eliminação de resíduos, regular o meio interno e sintetizar substâncias. Esta pode assumir uma forma crónica acarretando consequências psicológicas e um impacto relevante na vida dos pacientes.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivo abordar variáveis de natureza psicológica como os sintomas de depressão e a qualidade de vida, procurando explorar o papel de processos de regulação emocional (fusão cognitiva associada à doença crónica, autocompaixão, autojulgamento, e inflexibilidade psicológica) e da vergonha associada à doença crónica, em pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crónica (IRC). Foi ainda objetivo da investigação a avaliação das áreas de vida afetadas pela doença.

**Método:** 62 indivíduos com o diagnóstico de insuficiência renal crónica foram recrutados através da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. Os participantes procederam ao preenchimento *online* de um conjunto de instrumentos de autorresposta: Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), o WHOQOL-bref, a Cognitive Fusion Questionnaire – Chronic Illness (CFQ-CI), a Self-Compassion Scale (SCS), o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II) e Chronic Illness Shame Scale (CISS).

**Resultados:** Os resultados do presente estudo mostraram que 42% dos participantes apresentam sintomatologia depressiva, tendo esta como preditores a vergonha associada à doença crónica e o processo de regulação emocional de fusão cognitiva. Relativamente à qualidade de vida os resultados indicam que é a vergonha associada à doença crónica que se mostra como o principal preditor para uma menor qualidade de vida. Por último, no que se refere às áreas de vida que os sujeitos com IRC classificam como sendo as mais afetadas, podemos mencionar as áreas de Estudos/Trabalho e das Relações Amorosas.

**Conclusão:** Apesar de algumas limitações, como o número limitado de participantes, o estudo possibilitou a identificação de fatores preditores da depressão e de uma menor qualidade de vida, apontando para a utilidade da avaliação e abordagem terapêutica, quer da fusão cognitiva, quer da vergonha, em intervenções psicológicas dirigidas a pessoas com IRC.

**Palavras-chave:** Doença crónica; Insuficiência Renal crónica; Depressão; Qualidade de vida; Vergonha; Processos de regulação emocional.

## **Abstract**

**Introduction:** Renal failure refers to the pathological state in which the kidneys are unable to perform their waste disposal functions, regulate the internal environment and synthesize substances. In its chronic form this disease presents psychological consequences as well as a relevant impact in the patients' lives.

**Objectives:** This study aimed to address psychological variables such as depression symptoms and quality of life, seeking to explore the role of emotional regulation processes (cognitive fusion associated with chronic illness, self-compassion and self-judgment, and psychological inflexibility) and shame associated with chronic disease in people diagnosed with chronic kidney disease. The aim of the investigation was also the evaluation of the living areas affected by the disease.

**Method:** 62 subjects diagnosed with chronic kidney disease were recruited through the *Associação Portuguesa de Insuficientes Renais*. Participants completed online set of self-report instruments namely the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS – 21), the WHOQOL-bref (quality of life), the Cognitive Fusion Questionnaire - Chronic Illness (CFQ-CI), the Self-Compassion Scale (SCS), the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), and the Chronic Illness-related Shame Scale (CISS).

**Results:** 42% of participants showed depressive symptoms with shame associated with chronic disease and cognitive fusion being the predictors for these symptoms. Regarding quality of life, results indicate that shame associated with chronic disease appears to be the main predictor for a lower quality of life. Finally, concerning life areas, chronic kidney patients pointed the Studies/Work and Love Relationships areas as the most affected ones.

**Conclusion:** Despite some limitations, such as the small sample size, the study allowed to identify predictors of depression and lower quality of life of these patients, suggesting the usefulness of the assessment and therapeutic approach of both cognitive fusion and shame in psychological interventions targeting people with chronic renal failure.

**Keywords:** Chronic illness; Chronic kidney disease; Depression; Quality of life; Shame; Emotion regulation processes.

## **Anexos**

Anexo 1- Pedidos de autorização aos autores dos instrumentos e respectivas respostas

## **Tabelas**

Tabela 1. Características Sociodemográficas e Clínicas

Tabela 2. Médias e desvios padrão das variáveis em estudo em pessoas com insuficiência renal crónica

Tabela 3. Correlações entre as variáveis depressão, fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, inflexibilidade psicológica, vergonha associada à doença crónica e índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento

Tabela 4. Correlação entre as variáveis qualidade de vida (Geral, Física, Psicológica, Relações sociais e Ambiente), depressão, fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, inflexibilidade psicológica, vergonha associada à doença crónica e índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento

Tabela 5. Análise de regressão linear com a variável depressão como dependente

Tabela 6. Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida geral como dependente

Tabela 7. Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida física como dependente

Tabela 8. Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida psicológica como dependente

Tabela 9. Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida das relações sociais como dependente

Tabela 10. Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida ambiente como dependente

Tabela 11. Médias e desvios padrão e teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann Whitney para as variáveis do impacto nas áreas da vida em pessoas com insuficiência renal crónica



## **Siglas**

ACT- *Acceptance and Commitment Therapy*

APIR- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

DP- Diálise peritoneal

DPA- Diálise peritoneal automatizada

DPCA- Diálise peritoneal contínua ambulatória

FAV- Fístula arterio-venosa

Hd- Hemodiálise

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TMC- Tratamento médico conservador

TR- Transplantação renal

## **Introdução**

### **Doença crónica**

A definição de doença crónica mais comumente utilizada é a apresentada pela Organização Mundial de Saúde, a qual descreve a doença crónica, ou doença não transmissível, como “doença de longa duração e geralmente de progressão lenta” (World Health Organization, 2013). A mesma organização refere também que este grupo de doenças lidera no que respeita à mortalidade global, representando cerca de 71% das mortes anualmente (equivalente a 41 milhões de pessoas), todos os anos. De acrescentar que cerca de 15 milhões de pessoas entre os 30 e os 69 anos morrem de doença crónica (WHO, 2018). Estas doenças englobam fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Os fatores de risco que mais fortemente se encontram associados à doença crónica são a hipertensão, o tabagismo, o colesterol elevado, o consumo reduzido de frutas e vegetais, o sobrepeso e a obesidade, um estilo de vida sedentário e, também, o abuso do consumo de álcool (Busse, Scheller-kreinsen & Zentner, 2010). Segundo os mesmos autores, as doenças crónicas continuarão a ser as principais contribuidoras para a mortalidade e morbilidade a nível mundial.

Ao contrário daquilo que são as doenças agudas, que se caracterizam maioritariamente por serem breves, podendo ser leves ou graves, as doenças crónicas definem-se como sendo de longa duração e com efeitos persistentes que podem também eles ser leves ou intensos. As doenças crónicas tem origem multifatorial e, por isso, estão associadas a uma causalidade complexa. Têm também um período de desenvolvimento longo, e, durante esse tempo, a pessoa poderá não ter quaisquer sintomas. Estas doenças estão fortemente ligadas a uma incapacidade ou um comprometimento funcional e a sua característica de longevidade pode levar a outras complicações de saúde (Australian Institute of Health and Welfare, 2017; Bernell & Howard, 2016). Aquilo que este grupo de patologias tem em comum é exigir uma resposta complexa e de longa duração, sendo este apoio preferencialmente disponibilizado por uma equipa multidisciplinar. Contudo, e apesar dos esforços que têm vindo a ser feitos para a mudança do paradigma, atualmente os cuidados oferecidos pelos hospitais estão ainda maioritariamente virados para as doenças de carácter agudo (Busse, Scheller-kreinsen & Zentner, 2010). Existe também outro dado que parece importante ser referido, e que se traduz no facto de os indivíduos poderem apresentar múltiplas doenças crónicas. Segundo dados americanos a percentagem de pessoas que apresentavam mais do que uma doença crónica aumentou de

27.5% para 31.5% entre os anos de 2006 e 2010 (Gerteis et al., 2014). Este fator afeta não apenas o paciente, mas também a sua família. As múltiplas condições crónicas requerem uma disponibilidade e um esforço do paciente e dos que estão à sua volta. Estas pessoas tendem a ser polimedicados e a realizar, por vezes, tratamentos distintos. Como consequência destes problemas de saúde apresentam muitas vezes limitações nas suas atividades rotineiras. Em 2010 a percentagem de pessoas com condições crónicas duplas que apresentavam limitação nas suas atividades era de 45.1% (Gerteis et al., 2014). Estas limitações podem afetar simples tarefas como tomar banho, vestir, tomar a medicação, entre outras (Gerteis et al., 2014). Facilmente percebemos que as mudanças na vida de um indivíduo com doença crónica não passam apenas pela mudança do estado de saúde, mas englobam consequências em várias áreas da sua vida, induzindo mudanças profundas e podendo afetar negativamente a qualidade de vida e o bem-estar do próprio. O doente e a sua família têm muitas vezes de adaptar a sua vida, o seu emprego e as suas atividades de lazer (Ridder, Geenen, Kuijer, & Middendorp, 2008; Sprangers et al., 2000; Turner & Kelly, 2000).

Parece-nos importante também abordar o ajustamento emocional nestes doentes, pois será de esperar que perante os desafios supracitados exista alguma dificuldade no que diz respeito em conseguir lidar com os múltiplos desafios inerentes à doença. Segundo Ridder et al., (2008), os pacientes com doença crónica apresentam, frequentemente, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e outras emoções negativas. A maneira como os mesmos lidam com estas emoções vai também afetar o seu ajustamento à doença. Por isso mesmo, em alguns casos, torna-se necessária a ajuda de um profissional de saúde mental. Apesar dos sintomas de depressão e de ansiedade serem os mais frequentemente identificados nestes doentes, torna-se difícil fazer o seu diagnóstico. Isto porque, como consequência da própria doença, podem existir alterações do sono, do apetite, falta de energia e alterações do humor, que em nada estão relacionadas com sintomatologia depressiva. Se o processo de diagnóstico é complexo, o tratamento também o é. Os antidepressivos podem, em alguns casos, agravar as condições médicas do paciente devido a interações entre medicamentos, e, por isso mesmo, é largamente recomendada a terapia cognitiva ou psicoterapia de apoio (Turner & Kelly, 2000).

### **Insuficiência renal crónica - Definição, fatores de risco e tratamento**

Uma das doenças que integra o grupo das doenças crónicas é a insuficiência renal crónica. A designação de insuficiência renal corresponde ao estado patológico em que os rins são incapazes de cumprir as suas funções de eliminação de resíduos, regular o meio interno e sintetizar substâncias. Importa referir que a insuficiência renal é um conceito funcional e não anatómico, isto é, insuficiência renal não é sinónimo de alterações anatómicas nos rins, mas quando existem deformações anatómicas, isso implicará a insuficiência renal devido a alterações funcionais (Arellano, 2013). Importa também distinguir a existência de insuficiência renal aguda e insuficiência renal crónica. Quando esta doença se apresenta na forma aguda é frequentemente fatal se não for devidamente tratada, contudo, o tratamento dialítico pode reverter a patologia. Isso já não acontece na insuficiência renal crónica, que é irreversível e frequentemente progressiva, levando à doença renal terminal (Arellano, 2013; Ferenbach & Bonventre, 2017).

Os fatores de risco associados a esta doença são a idade acima dos 60 anos, um diagnóstico de diabetes ou de hipertensão ou doença cardiovascular, histórico familiar de doença renal crónica e história de doenças autoimunes, infeções do trato urinário, cancro e episódios prévios de insuficiência renal aguda (Link, 2015).

O tratamento da insuficiência renal crónica tem como principal objetivo retardar a perda progressiva da função renal e prevenir outras complicações associadas (Vassalotti et al., 2016). Estas modalidades terapêuticas são previamente discutidas numa consulta de esclarecimento com a equipa de nefrologia. De acordo com o definido pela Direção-Geral da Saúde (2012), quando o doente se encontra no estadio 5 as terapêuticas propostas podem passar por:

- transplantação renal (TR);
- hemodiálise (Hd) crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins;
- diálise peritoneal (DP) crónica;
- tratamento médico conservador (TMC).

A diálise é uma técnica que, apesar de forma parcial, substitui algumas das funções do rim e, para além da transplantação, não existe outra forma de atingir os mesmos fins (Direção-Geral da Saúde, 2012). Nos doentes em diálise e que se encontram em lista de espera para serem submetidos à transplantação renal, este é apenas um tratamento

alternativo e temporário. No entanto, em alguns casos, estes doentes não reúnem condições para realizar o transplante e, por essa razão, a diálise passa a ser um tratamento definitivo. Importa referir que apesar deste tratamento não substituir a função dos rins de forma totalmente eficaz, este proporciona aos doentes uma qualidade de vida e esperança de vida considerada aceitável (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Existem duas modalidades de diálise: a diálise peritoneal e a hemodiálise. Ambas se baseiam em colocar o sangue do doente, que contém elevado teor de substâncias nocivas e, por outro lado, carência de substâncias imprescindíveis, numa solução de água e outras substâncias, separados por uma membrana com poros minúsculos. Através destes poros vai ocorrer trocas entre o sangue do paciente e esta substância. O objetivo é o sangue ser “limpo” durante esta troca das substâncias que são nocivas para si e repor as que se encontram em falta. Contudo, estas duas formas de diálise diferem entre si.

Quando por indicação do médico é preferencial determinada modalidade o doente deve optar pela mesma. Quando existe a possibilidade de realizar qualquer uma destas terapêuticas o paciente deve optar por uma delas, de forma consciente e informada de todas as diferenças, riscos e vantagens de cada uma.

De forma sucinta, na diálise peritoneal é utilizada uma membrana natural, o peritoneu, que delimita as vísceras abdominais e a parede abdominal da cavidade peritoneal. É nesta cavidade que se introduz o dialisante e onde permanece durante um período suficiente para que o excesso de água e substâncias nocivas passe do sangue para o dialisante, que depois será drenado. Este dialisante é renovado cerca de 3 a 5 vezes por dia quando é utilizada a modalidade manual - DPCA (diálise peritoneal contínua ambulatoria). Quando falamos de diálise peritoneal automatizada (DPA) as trocas são feitas por um dispositivo designado cicladora, e é realizada geralmente durante o período de repouso, à noite. A diálise peritoneal em ambas as vertentes (DPCA e DPA) mostra-se uma técnica eficaz, bem tolerada e simples de efetuar. Na grande maioria das pessoas a aprendizagem é feita com facilidade e ao fim de alguns dias encontram-se capazes de a efetuar no domicílio (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A hemodiálise é uma técnica que recorre a uma membrana artificial e é o elemento principal de um dispositivo designado dialisador, muitas vezes chamado “rim artificial”. De forma diferente da técnica anterior, uma máquina designada monitor de diálise bombeia o sangue num circuito extracorporal, onde é depurado através desta membrana

artificial, retornando seguidamente ao corpo do doente. Nesta técnica é necessário unir, mediante cirurgia, uma veia a uma artéria por onde irá circular o sangue, preferencialmente no membro superior não-dominante. Quando não é possível constituir uma FAV (fístula arteriovenosa), opta-se por intercalar entre a artéria e a veia um tubo que é designado por prótese.

De uma forma geral cada tratamento de hemodiálise dura cerca de 4 horas e é efetuado 3 vezes por semana. O tratamento é realizado num hospital ou numa unidade de diálise, no entanto, e apesar de ser uma modalidade pouco implementada no nosso país, existe a possibilidade de realizar a hemodiálise no domicílio (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A transplantação renal é uma técnica que consiste na colocação de um rim no abdómen. A vantagem mais evidente da transplantação será o doente adquirir um órgão que possui todas as funções que lhe são próprias. Acrescentando ainda, a transplantação mostra ser a terapêutica que traz uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de vida. No entanto, não deixa de estar relacionada com alguns riscos inerentes a esta modalidade, incluindo a rejeição por parte do doente (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Por fim, o tratamento conservador da insuficiência renal crónica traduz-se na aplicação de tratamentos não invasivos e de outras medidas que têm como objetivo eliminar ou atenuar os sintomas da doença, fornecer apoio na alimentação, higiene pessoal, manutenção no domicílio quando existe essa necessidade. Esta é uma medida quando existe uma irreversibilidade da doença ou não são reunidas as condições necessárias para qualquer outro tipo de tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A Organização Mundial de saúde define Qualidade de Vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e a sua relação com os objetivos, expectativas padrões e preocupações” (Whoqol Group, 1995, p.1405). Referem ainda que o “conceito de qualidade de vida compreende de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com características importantes do meio” (Whoqol Group, 1995, p.1405).

As doenças crónicas, na sua maioria limitam a capacidade de produtividade e a capacidade funcional dos pacientes, afetando a sua qualidade de vida (Megari, 2013). Por isso, avaliar a qualidade de vida de pessoas com doença crónica é importante para

determinar o impacto que a mesma tem, na vida das pessoas que vivem com a doença (Megari, 2013). No caso específico da IRC, estudos demonstraram que a esta doença em fase terminal (estadio 5) resultava numa menor esperança de vida e uma pior qualidade de vida (Mills et al., 2015).

### **Processos de regulação emocional**

Aquilo que a literatura nos diz é que a principal consequência psicológica da insuficiência renal crónica é a sintomatologia depressiva. Como iremos referir mais à frente na dissertação, a prevalência média da depressão nestes doentes encontra-se entre os 20% e os 30%. Por esta razão, mostrou-se para nós importante abordar o impacto psicológico que esta doença revela. No entanto, e apesar de serem crescentes os estudos que relacionam a doença crónica e os processos de regulação emocional, a literatura ainda é escassa para esta doença em particular. Neste sentido, iremos fazer de seguida uma pequena referência aos processos de regulação emocional abordados na presente investigação e ao construto vergonha na doença crónica que foi igualmente avaliado nesta população.

O evitamento experiencial e a fusão cognitiva foram dois dos processos estudados na presente investigação. Estes contribuem para a inflexibilidade psicológica dos indivíduos e fazem parte dos processos centrais de uma abordagem de terceira geração. A ACT, (*Acceptance and Commitment Therapy*) ou terapia da Aceitação e Compromisso, faz parte das terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, que se foca no contexto e nas funções dos eventos psicológicos. A ACT considera que parte do sofrimento psicológico é resultado da inflexibilidade psicológica que está intimamente relacionada com a falta de disponibilidade para aceitar as experiências do próprio (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). A inflexibilidade psicológica emerge do evitamento experiencial, da fusão cognitiva, da ligação a um eu conceptualizado, perda do contacto com o momento presente e por conseguinte conduzir os comportamentos de acordo com os valores nucleares. O evitamento experiencial está presente no indivíduo, quando este não está disposto a estabelecer contacto com as suas experiências (experiências negativas) e guia o seu comportamento com o objetivo de as suprimir ou alterar. A fusão cognitiva é descrita como a tendência para considerar os pensamentos como representações literais da realidade, isto é, a pessoa age como se os pensamentos fossem verdades absolutas (Gillanders et al., 2014). Ou por outras palavras como uma regra que tem de ser seguida (Harris, 2009).

Em particular na doença crónica a fusão cognitiva pode levar ao evitamento experiencial. O pensamento “Eu não aguento esta dor” pode ser visto como uma verdade absoluta, característica da fusão cognitiva, consequentemente levando a estratégias de evitamento. É ainda comum que estes pacientes se debatam constantemente com preocupações relacionadas com a progressão da doença. Diversos estudos sobre a dor na doença crónica demonstraram o impacto negativo a nível emocional e no funcionamento social que a fusão cognitiva representa (Graham, Gouick, Krahé, & Gillanders, 2016; McCracken, Barker, & Chilcot, 2014; Vowles et al., 2007).

Outro construto que se mostrou relevante abordar, é o de autocompaixão. Segundo Neff (2003a) a autocompaixão engloba ser bondoso e compreensivo consigo mesmo em momentos de dor, ao invés de ser autocrítico, aceitando a sua experiência sem julgamento. Engloba também a componente *mindfulness*, não se sobre-identificando com os pensamentos negativos e percebendo as experiências como parte da experiência humana mais alargada (humanidade comum). Estes três componentes englobam uma atitude positiva que tem um efeito protetor contra as consequências do autojulgamento, isolamento e ruminação. A importância deste construto no contexto de doença crónica tem sido enfatizada em diversos estudos (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos, & Fráguas, 2014). A autocompaixão e todas as abordagens de terceira geração parecem ser fundamentais para perceber as dificuldades psicológicas e comportamentais nos indivíduos com doença crónica e consequentemente promovem o bem-estar físico e psicológico neste contexto (Trindade, 2018).

Como anteriormente referido, a doença crónica envolve mudanças profundas e irreversíveis na vida do indivíduo. Neste contexto, a autocompaixão tem-se mostrado como uma estratégia de regulação emocional que promove reações adaptativas no que diz respeito à doença e aos desafios inerentes à mesma, e promove um maior bem-estar (Terry & Leary, 2011).

No casos específico da doença crónica, ser autocompassivo engloba cuidar do próprio e adotar comportamentos que promovam a saúde como, por exemplo, aderir ao tratamento farmacológico. Estes comportamentos promovem, não apenas a saúde física, mas também a saúde mental (Terry & Leary, 2011), tendo assim um papel fundamental no *coping* e numa resolução mais facilitada de problemas resultantes da doença (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). A autocompaixão é um indicador de bem-estar físico e psicológico e associa-se positivamente com a qualidade de vida (Neff, 2009; Pinto-Gouveia et al.,



2014), promove respostas mais adaptativas e associa-se a maior bem-estar, redução de *stress* e hábitos mais saudáveis (Sirois & Rowse, 2016). No caso do *stress*, a autocompaixão parece ter um papel protetor recorrendo às estratégias de *coping* que os indivíduos autocompassivos possuem para lidar com eventos desafiadores (Sirois & Rowse, 2016). Os autores sugerem que os benefícios que a autocompaixão demonstra nas populações saudáveis estendem-se aos indivíduos com doença crónica (Sirois & Rowse, 2016).

### **Vergonha associada à psicopatologia**

A vergonha é considerada uma emoção que se relaciona intimamente com uma avaliação negativa que o indivíduo faz de si mesmo e que, conseqüentemente, influencia o seu funcionamento psicológico (Gilbert & Andrews, 1998; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Tangney & Dearing, 2002). Segundo a literatura esta é uma emoção que se relaciona com a psicopatologia e é ainda uma emoção geralmente indesejada e de difícil controlo (Gilbert & Andrews, 1998). Adicionalmente, Tangney e Dearing (2002), níveis elevados de vergonha foram relacionados a uma menor qualidade de vida e a psicopatologia.

Segundo Gilbert e Miles (2000) pertencer a um grupo é uma necessidade humana. A esse sentimento de pertença acresce ainda o desejo ser visto pelos outros de uma forma positiva. Para isso os indivíduos tendem a monitorizar e a realizar esforços para evitar ser criticado ou rejeitado. Esta resposta evolutiva contribui para a identificação e a correção de aspetos pessoais que poderiam levar à exclusão social (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017). Desta forma, a vergonha é uma emoção que guia o nosso comportamento (Castilho, 2011).

Com efeito, Gilbert distingue duas dimensões de vergonha: externa e interna. Na vergonha externa os indivíduos receiam não possuir qualidades positivas que despertem interesse nos outros, concretamente, serem vistos pelos outros como inferiores, defeituosos ou incompetentes e, como consequência, temem serem abandonados ou rejeitados. Distintamente, a vergonha interna diz respeito a uma visão negativa que o sujeito tem em relação a si mesmo, comparando-se com os outros e exibindo sentimentos de inferioridade e inadequação. Nesta dimensão o foco centra-se no eu e não no mundo externo (Gilbert, 2006). Segundo Castilho (2011), a relação entre a vergonha externa e a depressão encontra-se largamente estudada. Segundo a autora aquilo que ainda

permanece por investigar são os processos através dos quais esta relação se estabelece. Esta emoção (vergonha) tem um papel facilitador do autocrítico, aumentando consequentemente a vulnerabilidade para sintomas psicopatológicos, referidos anteriormente, destacando-se a depressão, a ansiedade e o *stress* (Andrews & Hunter, 1997; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Pinto-Gouveia & Matos, 2011).

A presente investigação teve como objetivo abordar variáveis de natureza psicológica como os sintomas de depressão e a qualidade de vida, procurando explorar o papel de processos de regulação emocional (fusão cognitiva associada à doença crónica, autocompaixão e autojulgamento, e inflexibilidade psicológica) e da vergonha associada à doença crónica, em pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crónica. Foram ainda avaliadas as áreas da vida afetadas pela doença e a eventual existência de diferenças entre homens e mulheres relativamente a este aspeto.

## **Materiais e métodos**

### **Participantes**

Os critérios de inclusão definidos no presente estudo foram os seguintes: idade igual ou superior a 18 anos, sendo que a idade mínima foi de 19 anos e máxima de 81 anos e um diagnóstico de insuficiência renal crónica. Importa referir que esse diagnóstico foi indicado pelos participantes, não tendo existido consulta de processos médicos. A amostra foi constituída por 62 pessoas sendo 39 (62.9%) do sexo masculino e 23 (37.1%) do sexo feminino. A média de idades dos participantes foi de 49.37 ( $DP = 13.28$ ). No que se refere aos anos de escolaridade, observou-se uma média de 12.26 anos ( $DP = 3.85$ ). Os participantes eram maioritariamente casados ( $n = 36$ ; 58.1%), seguindo-se os solteiros ( $n = 21$ ; 33.9%) e, por último, os separados/divorciados ( $n = 5$ ; 8.1%). A maioria dos sujeitos residiam em zona urbana ( $n = 45$ ; 72.6%), sendo que 17 (27.4%) indivíduos referiram residir em meio rural. No que concerne à sua situação laboral, 29 (46.8%) sujeitos encontram-se empregados, 23 (37.1%) são reformados, 5 (8.1%) estão desempregados e apenas 1 (1.6%) é estudante.

As características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1  
*Características Sociodemográficas e Clínicas*

<b>Amostra Total</b>		
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	39	62.9
Feminino	23	37.1
<b>Total</b>	62	100
<b>Idade</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Variação</b>
	49.37 (13.33)	19-81
<b>Anos de escolaridade</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Variação</b>
	12.26 (3.85)	4-24
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro(a)	21	33.9
Casado(a)/União de Facto	36	58.1
Divorciado(a)	5	8.1
<b>Total</b>	62	100
<b>Situação Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Empregado(a)	29	46.8
Desempregado(a)	5	8.1
Estudante	1	1.6
Reformado(a)	23	37.1
Não responderam	4	6.5
<b>Total</b>	62	100
<b>Tipo de tratamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diálise Peritoneal	5	8.1
Hemodiálise	42	67.7
Transplantado	10	16.1
Dieta	2	3.2
Medicação	1	1.6
Nenhum	2	3.2
<b>Total</b>	62	100
<b>Há quantos anos recebeu o diagnóstico</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Variação</b>
	14.87(11.53)	1-46

## **Instrumentos**

De seguida são descritos os instrumentos de autorresposta utilizados neste estudo:

### Questionário Sociodemográfico e Clínico

Os dados sociodemográficos foram obtidos através de um breve questionário realizado para a presente investigação. O questionário sociodemográfico e clínico incluía as variáveis: Idade, sexo, estado civil, anos de escolaridade, zona de residência (rural/urbana), situação laboral, duração do diagnóstico, existência de outra doença crónica, toma de medicação, tipo de tratamento, frequência de realização do tratamento, se é candidato(a) a transplante, e se já teve algum tipo de apoio psicológico relacionado com a insuficiência renal crónica.

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (Lovibond & Lovibond, 1995)(EADS-21) foi validada para a população portuguesa em 2004, tendo mantido as características da versão original (Pais-ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 é a versão que contempla 21 itens e pretende medir os mesmos construtos que a versão de 42 itens. A EADS é composta por três subescalas: depressão, ansiedade e *stress*. No presente trabalho, apesar dos participantes terem respondido ao instrumento na totalidade apenas foram analisados os dados relativos aos sintomas de depressão, de acordo com os objetivos do estudo, pelo que apenas estes serão descritos. A subescala depressão avalia a disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia, (*e.g.*, “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas”). Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Deste modo, ao participante é solicitado que responda se a afirmação se aplicou “a si durante a semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert, (“não se aplicou nada a mim”; “aplicou-se a mim algumas vezes”; “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens, sendo que os *scores* mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-ribeiro et al., 2004). No que diz respeito às propriedades psicométricas, os valores de consistência interna na versão portuguesa, avaliada com recurso ao alfa de Cronbach, foram de .85 para a subescala de depressão (Pais-ribeiro et

al., 2004). No presente estudo os valores de consistência interna foram de .93 para a subescala de depressão.

O WHOQOL-bref, (Vaz Serra et al., 2006) é um instrumento de autorresposta constituído por 26 perguntas que estão organizadas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Este instrumento pretende avaliar a qualidade de vida, correspondendo a uma versão reduzida do WHOQOL-100 (Whoqol Group, 1994). Das 26 perguntas, duas são relativas à perceção geral de qualidade de vida e as restantes 24 avaliam as facetas específicas que constituem o instrumento original. As respostas são dadas numa escala tipo Likert que pode variar consoante a pergunta sendo pedido ao indivíduo que selecione a resposta que lhe parece mais correta no seu caso (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”). No que diz respeito à consistência interna o alfa de Cronbach para as 26 questões foi de .92, apresentando deste modo bons índices de consistência interna. No geral podemos afirmar que o WHOQOL-Bref apresenta bons valores de consistência interna, resultando assim num bom instrumento para avaliar a qualidade de vida na população portuguesa (Vaz Serra et al., 2006). Na sua versão original os valores da consistência interna encontram-se entre .66 e .84. No presente estudo os valores de consistência interna foram de .89.

O *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness* ( CFQ-CI; Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018; adaptado de (Gillanders et al., 2014) foi desenvolvido a partir da adaptação da versão portuguesa do CFQ-7 (Pinto-Gouveia, Dinis, & Pinto, 2017) e destina-se a avaliar o nível de fusão cognitiva especificamente associado à doença crónica. O CFQ-CI é composto por 7 itens (e.g., “Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca da minha doença e/ou sintomas”) e é respondido numa escala Likert que varia entre 0 (“nunca verdadeiro”) e 7 (“sempre verdadeiro”). Apresenta uma consistência interna de .97 na versão portuguesa (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018) e na presente investigação os valores de consistência interna foram de .95.

A *Self-Compassion Scale* (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Gouveia, 2011), é um instrumento de autorresposta composto por 26 itens divididos em 6 subescalas: Calor/Compreensão (e.g.,: “Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afeto que necessito”); Autocriticismo (e.g., “Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento”); Humanidade Comum (e.g., “Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu”); Isolamento

(e.g., “Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso”); *Mindfulness* (e.g., “Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspetiva (não dramatizo)”); e Sobreidentificação (e.g., “Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação”). As respostas são dadas numa escala tipo Likert que pode variar entre 1 (“quase nunca”) e 5 (“quase sempre”), sendo pedido ao sujeito que selecione a resposta tendo em conta a questão “Como é que habitualmente me comporto em momento difíceis”. No presente estudo foram usados os índices compósitos de autocompaixão (correspondente ao somatório das subescalas de calor/compreensão, *mindfulness* e humanidade comum) de autojulgamento (correspondente ao somatório das subescalas de autocriticismo, isolamento e sobreidentificação). Na escala original (Neff, 2003b) os valores da consistência interna foram de .92. Na validação para a população portuguesa a SCS apresentou um alfa de Cronbach de .89, mantendo a escala boas características psicométricas (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No presente estudo os valores de consistência interna foram de .85 para o *score* total e de .71 para o índice compósito de autocompaixão e de .74 para o índice compósito de autojulgamento.

O Questionário de Aceitação e Ação – II (AAQ-II; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012) avalia a inflexibilidade psicológica ou o evitamento experiencial. Este instrumento de autorresposta é composto por 7 itens, sendo as respostas dadas numa escala tipo Likert que pode variar entre 1 (“nunca verdadeiro”) e 7 (“sempre verdadeiro”), sendo pedido ao sujeito que selecione a veracidade com que cada afirmação se aplica ao mesmo (e.g., “As emoções originam problemas na minha vida”). Quanto mais elevados forem os resultados, maior é a inflexibilidade psicológica. No que diz respeito às propriedades psicométricas do questionário, o mesmo revelou boas qualidades na versão original tendo obtido um alfa de Cronbach de .84 (Bond et al., 2011). Na versão portuguesa o instrumento obteve um alfa de Cronbach de .90 (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). No presente estudo o valor de consistência interna foi de .96.

A *Chronic Illness-related Shame Scale* (CISS; (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2016) é uma escala de autorresposta que tem como finalidade avaliar e medir os sentimentos de vergonha, incluindo a vergonha interna, mas também a vergonha externa, associada à doença crónica. Esta escala é composta por 7 itens (e.g., “Sinto-me inferior e desvalorizo-me devido à minha doença”) e é respondida através de uma escala

de Likert que pode variar entre 0 (“nunca verdadeiro”) e 4 (“sempre verdadeiro”). Este mostrou ser um instrumento válido com um alfa de Cronbach entre .91 e .93 (Trindade et al., 2016). Para o presente estudo o valor de consistência interna foi de .94.

## **Procedimentos**

Com vista à obtenção dos dados pretendidos para a presente investigação foi elaborado um protocolo que contempla seis instrumentos de autorresposta, após a obtenção prévia de autorização para o seu uso. Este foi administrado via *online* entre os meses de janeiro e abril de 2019.

O recrutamento de participantes foi efetuado com recurso à Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR) que, pelos meios disponíveis, procedeu à divulgação do estudo junto dos seus associados. Esta divulgação integrou um texto explicativo do âmbito e objetivos do estudo, o caráter voluntário da participação, sendo igualmente sublinhada a garantia de anonimato e confidencialidade. Previamente ao preenchimento online dos instrumentos de autorresposta, todos os participantes facultaram o seu consentimento informado.

## **Análise Estatística**

As análises estatísticas realizaram-se com recurso ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 25).

Inicialmente foram efetuadas análises descritivas em relação às variáveis sexo, estado civil, situação profissional e procedeu-se à obtenção de frequências e percentagens. Para as variáveis contínuas, como idade e anos de escolaridade e há quanto tempo tinham recebido o diagnóstico de insuficiência renal crónica, procedeu-se à obtenção das médias e desvio-padrões e valores mínimos e máximos. Procedeu-se igualmente à análise da consistência interna dos instrumentos em estudo, através do cálculo do alfa de Cronbach.

As medidas de tendência central foram também calculadas para as diferentes variáveis em estudo, isto é, para os sintomas de depressão, para a qualidade de vida e para os processos de regulação emocional, bem como para a vergonha associada à doença crónica. Esta análise foi ainda realizada relativamente às áreas de vida afetadas pela doença, acrescida do teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann Whitney para comparação entre homens e mulheres.

Com o intuito de explorar a existência de correlações entre as variáveis sociodemográficas (idade e anos de escolaridade), a variável clínica duração do diagnóstico e as variáveis em estudo foram conduzidas correlações de Pearson. Foram ainda realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica com o propósito de explorar a contribuição independente dos diferentes fatores preditores: idade, processos de regulação emocional e vergonha associada à doença crónica relativamente à variável dependente sintomas depressivos. Foram ainda realizadas análises de regressão linear igualmente com o propósito de explorar a contribuição independente dos diferentes fatores: idade, anos de escolaridade, processos de regulação emocional e vergonha associada à doença crónica relativamente a cada domínio da qualidade de vida. Previamente à condução das análises de regressão foram avaliados os pressupostos para a realização das mesmas. Ainda que o critério do tamanho da amostra não se tenha verificado, atendendo a que se trata de uma amostra clínica optou-se por prosseguir com as análises uma vez que se constatou a ausência de multicolinearidade (as variáveis independentes evidenciaram valores de tolerância superiores a .10 e VIF inferiores a 10) (Tabachnick & Fidell, 2007). Adicionalmente observou-se que os valores de assimetria e achatamento não eram indicadores de violações graves ao pressuposto da normalidade. De acordo com Kline (2005), são tidos como aceitáveis valores de assimetria  $|< 3|$  e de achatamento  $|< 10|$ . Relativamente à análise das correlações foram seguidas as recomendações de Pallant (2013), sendo que valores de  $r$  entre .10 e .29 correspondem a uma correlação baixa, valores de  $r$  entre .30 e .49, uma correlação moderada e valores de  $r$  entre .50 e 1.0 uma correlação elevada.

## Resultados

Na Tabela 2 são apresentados os valores que correspondem às médias e desvios padrão dos instrumentos que foram contemplados na presente investigação, não tendo existido diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $p > .050$ ) em nenhuma das variáveis consideradas. Analisando os resultados verifica-se a existência de sintomatologia depressiva ( $M = 7.00$ ;  $DP = 5.96$ ). Atendendo ao valor apontado como ponto de corte, observou-se que 42% dos participantes se situam acima deste.



Tabela 2

*Médias e desvios padrão das variáveis em estudo em pessoas com insuficiência renal crónica*

	Amostra ( <i>N</i> = 62)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>
EADS (Depressão)	7.00	5.96
CFQ-CI	22.63	12.27
AAQ- II	22.21	13.32
CISS	10.06	8.87
SCS_COMP	37.81	8.03
SCS_JULG	32.77	11.39
TWDG	50.20	21.17
TWD1	53.80	11.27
TWD2	63.10	15.31
TWD3	54.17	23.32
TWD4	61.95	18.03

Nota. EADS = *Escala de Ansiedade, Stress e Depressão*; CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire- II*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*; SCS= *Self Compassion Scale*; TWDG= *Qualidade de vida Geral*; TWD1= *Qualidade de vida Física*; TWD2= *Qualidade de vida Psicológica*; TWD3= *Qualidade de vida Relações sociais*; TWD4= *Qualidade de vida Ambiente*.

Tendo sido examinadas as correlações entre as variáveis em estudo (Tabela 3), observou-se que a maioria apresenta correlações estatisticamente significativas de magnitude elevada, com exceção do evitamento experiencial, da vergonha associada a doença crónica e do índice compósito de autojulgamento, as quais foram moderadas. Por último, é de referir ter-se verificado uma correlação negativa estatisticamente significativa de baixa dimensão entre a vergonha associada à doença crónica e o índice compósito da autocompaixão, sendo que este índice não se mostrou associado às demais variáveis. Foram ainda analisadas as correlações entre as características sociodemográficas idade e anos de escolaridade e as variáveis estudadas. A idade mostrou estar associada aos sintomas de depressão ( $r = -.39$ ;  $p < .001$ ), à fusão cognitiva ( $r = -.31$ ;

$p < .050$ ), à vergonha relacionada com a doença crónica ( $r = -.41$ ;  $p < .001$ ), e à autocompaixão ( $r = .28$ ;  $p < .050$ ). No que diz respeito aos anos de escolaridade apenas se verificou uma correlação estatisticamente significativa com a autocompaixão ( $r = .34$ ;  $p < .001$ ). Já no que se refere à característica clínica tempo de diagnóstico, ou seja, número de anos que os pacientes convivem com a doença, não foram encontradas associações estatisticamente significativas ( $p > .050$ ).

Tabela 3

*Correlações entre as variáveis depressão, fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, inflexibilidade psicológica, vergonha associada à doença crónica e índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento*

	1	2	3	4	5	6
1. EADS-21 (Depressão)	—	—	—	—	—	—
2. CFQ-CI	.81**	—	—	—	—	—
3. AAQ_II	.65**	.84**	—	—	—	—
4. CISS	.80**	.76**	.69**	—	—	—
5. SCS_Comp	-.21	-.15	-.17	-.27*	—	—
6. SCS_Julg	.68**	.82**	.78**	.64**	-.06	—

Nota. EADS = *Escala de Ansiedade, Stress e Depressão*; CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire- II*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*; SCS= *Self Compassion Scale*

\*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ .

Foram ainda incluídas e examinadas as correlações entre as variáveis analisadas anteriormente e a qualidade de vida, incluindo os seus diferentes domínios (Tabela 4). Em relação à qualidade de vida observou-se que entre os domínios entre si apresentam correlações estatisticamente significativas de magnitude elevada. Verificou-se também a existência de correlações negativas estatisticamente significativas de magnitude elevada entre a qualidade de vida geral e os domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e todas as outras variáveis estudadas, com exceção do índice compósito autocompaixão, que não demonstrou correlação significativa. Observa-se, então, de uma forma geral, que a existência de sintomatologia depressiva e também elevados níveis de fusão cognitiva, inflexibilidade psicológica, autojulgamento e experienciar vergonha associada à doença crónica estão associados a uma menor qualidade de vida.

Tabela 4

*Correlação entre as variáveis qualidade de vida (Geral, Física, Psicológica, Relações sociais e Ambiente), depressão, fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, inflexibilidade psicológica, vergonha associada à doença crónica e índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. TWDG	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. TWD1	.59**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. TWD2	.59**	.58**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. TWD3	.51**	.57**	.54**	—	—	—	—	—	—	—	—
5. TWD4	.56**	.58**	.62**	.76**	—	—	—	—	—	—	—
6. EADS-21 (Depressão)	-.52**	-.57**	-.58**	-.54**	-.62**	—	—	—	—	—	—
7. CFQ-CI	-.48**	-.53**	-.56**	-.56**	-.57**	.81**	—	—	—	—	—
8. AAQ-II	-.46**	-.47**	-.55**	-.53**	-.49**	.65**	.84**	—	—	—	—
9. CISS	-.59**	-.57**	-.59**	-.63**	-.65**	.80**	.76**	.69**	—	—	—
10. SCS_Comp	-.020	.01	.14	.17	.10	-.21	-.15	-.17	-.27*	—	—
11. SCS_Julg	-.39**	-.45**	-.54**	-.52**	-.54**	.68**	.82**	.78**	.64**	-.06	—

Nota. TWDG= Qualidade de vida Geral; TWD1= Qualidade de vida Física; TWD2= Qualidade de vida Psicológica; TWD3= Qualidade de vida Relações sociais; TWD4= Qualidade de vida Ambiente; EADS= *Escala de Ansiedade, Stress e Depressão*; CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire- II*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*; SCS= *Self Compassion Scale*.

\*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ .

Para compreender qual o conjunto de variáveis que mais contribui para predizer os sintomas depressivos nos doentes com insuficiência renal crónica, foi realizada uma análise de regressão linear (Tabela 5), utilizando a fusão cognitiva associada à doença crónica, a inflexibilidade psicológica, o índice compósito de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica como preditores (variáveis independentes) e os sintomas depressivos como variável critério (variável dependente). A idade foi introduzida no primeiro bloco pois mostrou uma associação significativa com os sintomas depressivos.

Tabela 5

*Análise de regressão linear com a variável depressão como dependente*

<b>Preditores</b>	<b><i>r</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup> Ajustado</b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Modelo 1</b>	.39	.14	10.98	.002			
Idade					-.08	-1.06	.294
<b>Modelo 2</b>	.83	.66	31.35	< .001			
CFQ-CI					<b>.53</b>	<b>3.44</b>	<b>.001</b>
AAQ-II					-.18	-1.35	.183
SCS-julg					.10	.80	.426
<b>Modelo 3</b>	.87	.73	14.77	< .001			
CISS-CI					<b>.42</b>	<b>3.84</b>	<b>&lt; .001</b>

Nota: CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS= *Self Compassion Scale*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*.

O primeiro bloco da função de regressão contribuiu com 14% para o total da variância ( $R^2 = .14$ ), o segundo bloco contribui com 52% ( $R^2 = .66$ ), e o terceiro bloco acrescentou 7% ( $R^2 = .73$ ). No seu conjunto a função era constituída pela idade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, o julgamento e a vergonha, que explicaram 73% do total dos sintomas depressivos, sendo um modelo preditor significativo. Quando introduzidos os três blocos, o valor de Beta mais elevado foi para a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica ( $\beta = .53$ ;  $p = .001$ ), seguindo-se a vergonha relacionada com a doença crónica ( $\beta = .42$ ;  $p = <.001$ ). Estes resultados indicam que o facto de ter níveis mais elevados de fusão cognitiva e experienciar mais vergonha pode predizer maior sintomatologia depressiva em pessoas com insuficiência renal crónica.

Para compreender qual o conjunto de variáveis que contribuía para predizer a qualidade de vida nos seus diferentes domínios, foi igualmente realizada uma análise de regressão linear, utilizando como variável dependente a qualidade de vida geral (Tabela 6), a qualidade de vida física (Tabela 7), a qualidade de vida psicológica (Tabela 8), das relações sociais (Tabela 9) e do ambiente (Tabela 10). Como variáveis independentes (preditores) foram inseridos a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, a inflexibilidade psicológica, o índice compósito de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica. A variável idade foi ainda acrescentada na qualidade de vida psicológica, das relações sociais e ambiente. E os anos de escolaridade foram também acrescentados como preditor na qualidade de vida ambiente.

Tabela 6

*Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida geral como dependente*

Preditores	<i>r</i>	<b>R<sup>2</sup></b> <b>Ajustado</b>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Modelo 1</b>	.49	.20	6.18	< .001			
CFQ-CI					-.02	-.09	.931
AAQ-II					-.15	-.73	.471
SCS-julg					.08	.42	.675
<b>Modelo 2</b>	.60	.31	10.30	.002			
CISS-CI					-.53	-3.21	.002

Nota: CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS= *Self Compassion Scale*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*.

O primeiro bloco da função de regressão contribui com 20% para o total da variância ( $R^2 = 0.20$ ), o segundo bloco contribui com 11% ( $R^2 = 0.31$ ). No seu conjunto a função era constituída pela fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, o julgamento e a vergonha que explicaram 31% do total da qualidade de vida.

Quando introduzidos os dois blocos, o valor de Beta mais elevado foi para a vergonha relacionada com a doença crónica ( $\beta = -.53$ ;  $p = .002$ ). Estes resultados indicam que o facto de os doentes experienciarem mais vergonha poderá predizer menos qualidade de vida geral em pessoas com insuficiência renal crónica.

Tabela 7

*Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida física como dependente*

Preditores	<i>r</i>	<b>R<sup>2</sup></b> <b>Ajustado</b>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Modelo 1</b>	.53	.25	7.60	< .001			
CFQ-CI					-.21	-.86	.394
AAQ-II					.004	.02	.986
SCS-julg					-.04	-.19	.848
<b>Modelo 2</b>	.59	.30	5.38	.024			
CISS-CI					-.38	-2.32	.024

Nota: CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS= *Self Compassion Scale*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*.

O primeiro bloco da função de regressão contribui com 25% para o total da variância ( $R^2 = 0.25$ ), o segundo bloco acrescentou 5% ( $R^2 = 0.30$ ). A função era constituída pela fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, o julgamento e a vergonha

que explicaram 30% do total da qualidade de vida física. Quando introduzidos os dois blocos, o valor de Beta mais elevado foi para a vergonha relacionada com a doença crónica ( $\beta = -.38$ ;  $p = .024$ ). Estes resultados indicam que o facto de os doentes experienciarem mais vergonha poderá predizer menos qualidade de vida física em pessoas com insuficiência renal crónica.

Tabela 8

*Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida psicológica como dependente*

<b>Preditores</b>	<b><i>r</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup> Ajustado</b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Modelo 1</b>	.25	.05	4.06	.049			
Idade					.05	.49	.684
<b>Modelo 2</b>	.60	.31	8.62	< .001			
CFQ-CI					<b>.01</b>	<b>.04</b>	<b>.971</b>
AAQ-II					-.17	-.86	.396
SCS-julg					-.19	-.99	.325
<b>Modelo 3</b>	.63	.34	3.92	.053			
CISS-CI					<b>-.33</b>	<b>-1.98</b>	<b>.053</b>

Nota: CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS= *Self Compassion Scale*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*.

O primeiro bloco da função de regressão contribuiu com 1% para o total da variância ( $R^2 = 0.05$ ), o segundo bloco contribuiu com 30% ( $R^2 = .31$ ), e o terceiro bloco acrescentou 3% ( $R^2 = .34$ ). No seu conjunto a função era constituída pela idade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, o julgamento e a vergonha, que explicaram 34% da qualidade de vida psicológica. Ao introduzir os três blocos, o valor de Beta mais elevado foi para a vergonha relacionada com a doença crónica ( $\beta = -.33$ ;  $p = .053$ ), no limite da significância estatística.

Tabela 9

*Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida das relações sociais como dependente*

Preditores	<i>r</i>	<b>R<sup>2</sup> Ajustado</b>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Modelo 1</b>	.29	.07	5.53	.022			
Idade					.06	.53	.599
<b>Modelo 2</b>	.59	.31	7.84	< .001			
CFQ-CI					<b>-.02</b>	<b>-.83</b>	<b>.934</b>
AAQ-II					-.07	-.38	.706
SCS-julg					-.15	-.81	.424
<b>Modelo 3</b>	.65	.38	7.47	.008			
CISS-CI					<b>-.45</b>	<b>-2.7</b>	<b>.008</b>

Nota: CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS= *Self Compassion Scale*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*.

O primeiro bloco da função de regressão contribuiu com 1% para o total da variância ( $R^2 = 0.07$ ), o segundo bloco contribuiu com 30% ( $R^2 = 0.31$ ), e o terceiro bloco acrescentou 7% ( $R^2 = 0.38$ ). No seu conjunto a função, era constituída pela idade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, o julgamento e a vergonha, que explicaram 38% do total da qualidade de vida no que se refere às relações sociais. Ao serem contemplados os três blocos, o valor de Beta mais elevado foi para a vergonha relacionada com a doença crónica ( $\beta = -.45$ ;  $p = 0.008$ ). Estes resultados indicam que o facto de ter níveis mais elevados de vergonha pode predizer menos qualidade de vida em termos das relações sociais em pessoas com insuficiência renal crónica.

Tabela 10

*Análise de regressão linear com a variável qualidade de vida ambiente como dependente*

Preditores	<i>r</i>	<b>R<sup>2</sup> Ajustado</b>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Modelo 1</b>	.36	.1	4.29	.018			
Idade					.03	.24	.811
Anos escolaridade					.18	1.8	.080
<b>Modelo 2</b>	.65	.37	9.53	.000			
CFQ-CI					<b>-.14</b>	<b>-.61</b>	<b>.545</b>
AAQ-II					.12	.66	.512
SCS-julg					-.26	-1.4	.158
<b>Modelo 3</b>	.70	.43	6.76	.012			
CISS-CI					<b>-.42</b>	<b>-2.6</b>	<b>.012</b>

Nota: CFQ-CI= *Cognitive Fusion Questionnaire- Chronic Illness*; AAQ-II= *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS= *Self Compassion Scale*; CISS= *Chronic Illness-related Shame Scale*.

O primeiro bloco da função de regressão contribuiu com 1% para o total da variância ( $R^2 = 0.1$ ), o segundo bloco contribuiu com 36% ( $R^2 = 0.37$ ), e o terceiro bloco acrescentou 6% ( $R^2 = 0.43$ ). Nesta análise a função era constituída pela idade, os anos de escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, o julgamento e a vergonha, que explicaram 43% do total da qualidade de vida no que se refere ao ambiente. Quando introduzidos os três blocos, o valor de Beta mais elevado foi para a vergonha relacionada com a doença crónica ( $\beta = -.42$ ;  $p = 0.012$ ). Estes resultados indicam que o facto de ter níveis mais elevados de vergonha pode prever menos qualidade de vida, na dimensão ambiente em pessoas com insuficiência renal crónica.

No que diz respeito à qualidade de vida os resultados demonstraram que o único preditor que se associa significativamente com a qualidade de vida é a vergonha associada à doença crónica. No entanto, a qualidade de vida psicológica parece não ser afetada por nenhum destes preditores, ainda que se tenha verificado um valor no limite da significância estatística.

Com o objetivo de analisar as áreas de vida que os doentes renais crónicos classificavam como sendo as áreas mais afetadas na sua vida recorreu-se à comparação dos valores médios obtidos em cada área da sua vida. Da leitura da Tabela 11 podemos constatar que, no que se refere às áreas de vida que os participantes consideram ser mais afetada pela sua doença, se observa que os Estudos/Trabalho e as Relações Amorosas são aquelas que evidenciam valores médios mais elevados. Por sua vez a área das relações familiares parece ser aquela que menos sofre influência da insuficiência renal crónica.



Tabela 11

*Médias e desvios padrão e teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para as variáveis do impacto nas áreas da vida em pessoas com insuficiência renal crónica*

	Amostra (N = 62)		Mulheres (n = 23)		Homens (n = 39)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Estudos/trabalho	5.34	2.67	5.22	2,70	5,41	2,68	.27	.786
Vida social/ convívio com amigos	4.32	2.60	4.74	2.94	4.08	2.38	-.97	.336
Relações familiares	3.90	3.22	5.13	3.72	3.18	2.68	-2.39	<b>.020</b>
Relações íntimas/amorosas	5.27	3.23	5.91	3.36	4.90	3.13	-1.20	.234
Atividades de lazer/hobbies	4.77	2.75	5.70	3.23	4.23	2.30	-2.08	<b>.042</b>

Tendo sido exploradas as diferenças entre homens e mulheres relativamente a estas variáveis verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ), no que respeita às relações familiares e às atividades de lazer/hobbies, sendo que em ambas as participantes do sexo feminino exibiram valores mais altos.

## **Discussão**

A presente dissertação teve por objetivo a avaliação de aspetos emocionais em pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crónica, em específico, sintomas de depressão, sentimentos de vergonha relacionada com a doença crónica e processos de regulação emocional, nomeadamente fusão cognitiva associada à doença crónica, autocompaixão e autojulgamento, e inflexibilidade psicológica. Foi ainda objetivo do presente estudo analisar as áreas da vida afetadas pela doença e a eventual existência de diferenças entre homens e mulheres relativamente a estas.

O resultado relativo aos sintomas da depressão na presente amostra situou-se na categoria de sintomatologia depressiva moderada (Lovibond & Lovibond, 1995). Como temos vindo a referir, a depressão é a complicação psicológica mais frequente nestes pacientes. Esta tem um elevado impacto nos doentes em hemodiálise e, consequentemente, nos seus cuidadores, afetando negativamente o seu bem-estar.

De facto, a prevalência da depressão mostra-se significativa, afetando entre 20% e 30% dos indivíduos com insuficiência renal crónica. Resultados idênticos foram descritos por (Chen et al., 2010; Dias, Shiozawa, & Miorin, 2015; Goh & Griva, 2018; Palmer et al., 2013; Wang et al., 2019). De referir ainda que num estudo com pacientes em tratamento dialítico, a incidência de depressão foi de 72%, e a sua maioria encontrava-se entre depressão moderada e severa (Anees, Barki, Masood, Ibrahim, & Mumtaz, 2008). Da mesma forma, a prevalência de depressão encontrada num estudo de (Senanayake et al., 2018) foi de 65.2%. Acreditamos que estas diferenças nos valores de prevalência podem, estar relacionadas, eventualmente, com a fase da doença em que estes pacientes se encontravam e, por isso mesmo, o ajustamento psicológico poderá variar tendo em conta os desafios que são inerentes a cada etapa desta doença e a forma como os sujeitos respondem. Palmer et al. (2013) verificaram que os níveis de depressão foram estatisticamente diferentes para cada estadio da doença, sendo que os que se encontram em diálise eram os que experienciavam mais sintomatologia depressiva. Outra característica que poderá contribuir de alguma forma para as diferenças de prevalência, e que foi mencionada em diversos estudos, foi a forma como o diagnóstico foi realizado, ora por instrumentos de autorresposta, ora por entrevista clínica (Goh & Griva, 2018; Palmer et al., 2013). Para a presente investigação e tendo em conta a forma como os dados foram recolhidos, equacionamos que também poderá ter acontecido que os pacientes com

maior sintomatologia depressiva poderão não ter estado disponíveis para responder ao conjunto de instrumentos disponibilizados via *Google docs*.

A presente investigação demonstrou, ainda, que os principais preditores da sintomatologia depressiva nestes doentes são a vergonha associada à doença crónica e a fusão cognitiva. Em reforço deste resultado existem várias evidências empíricas que demonstram a associação positiva entre a fusão cognitiva e a sintomatologia depressiva (Bardeen & Fergus, 2016; Gillanders et al., 2014). Da mesma forma, a literatura demonstra a importância do papel da vergonha na depressão (Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Estes dados são consistentes com a presente investigação. Deste modo, é possível destacar nos resultados da presente investigação, e sobre esta população em específico, que o mecanismo de fusão cognitiva contribui para a sintomatologia depressiva. Entendemos que este dado poderá estar relacionado com pensamentos de inferioridade que estes indivíduos apresentam, tendo em conta as suas limitações na vida diária, com os quais podem lidar fusionando-se cognitivamente. Hipotetizamos, ainda, que a vergonha associada à doença crónica poderá refletir aspetos como a desvalorização que estes indivíduos sentem em relação à sua doença, sentindo-se muitas vezes isolados e com vergonha de falar com outros sobre a sua condição, achando que estes poderão avaliar negativamente com base na doença. Estes doentes, apresentam ainda, insegurança e vêem a sua doença como embaraçosa isto poderá refletir-se nos sentimentos de inadequação aos olhos dos outros.

Relativamente à qualidade de vida, observou-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa, com a depressão. Com efeito, a sintomatologia depressiva surge associada a um maior número de hospitalizações e a uma qualidade de vida reduzida (Anees, Hameed, Mumtaz, Ibrahim, & Khan, 2011). De facto, existem evidências que correlacionam a depressão com pior qualidade de vida (Lopes et al., 2010; Tsay & Healstead, 2002; Watnick, Kirwin, Mahnensmith, & Concato, 2003), tendo esta, ainda, um efeito negativo no funcionamento social e ocupacional dos indivíduos com doença crónica (Wells et al., 1989).

O presente trabalho propôs-se igualmente a investigar quais seriam os preditores para uma menor qualidade de vida. Os resultados mostraram que o único preditor que afeta a qualidade de vida geral, física, das relações sociais e do ambiente é a vergonha associada à doença crónica. Neste sentido, hipotetiza-se que estes resultados sejam

consequência de múltiplos fatores. Esta doença acarreta inúmeras consequências físicas como fadiga, má nutrição, fraqueza muscular, perda de densidade óssea, anemia (Heiwe, Clyne, & Dahlgren, 2003), distúrbios de sono (Nigam, Camacho, Chang, & Riaz, 2018), dor intensa (Gerogianni & Babatsikou, 2014) e disfunção sexual (Barroso et al., 2008; Strippoli, 2012; Yazici et al., 2009). Ainda em relação a consequências da doença, e que poderão ter impacto na qualidade de vida, encontramos a restrição na alimentação e bebidas, e segundo (Heiwe et al., 2003), estes pacientes precisam de mais tempo para realizar as atividades diárias.

Podemos considerar, que o facto de estas pessoas apresentarem alterações no seu estado físico poderá contribuir para o resultado apresentado na qualidade de vida física. Também na qualidade de vida das relações sociais podemos equacionar que o evitar ou cancelar constantemente atividades sociais, devido à fadiga consequente desta doença, ou terem de comparecer a consultas ou tratamentos, poderá contribuir para uma menor qualidade das suas relações sociais. Igualmente quando falamos da restrição alimentar e de bebidas isto poderá ter uma repercussão em situações sociais em que os indivíduos poderão até evitar estas situações e, como consequência, existir isolamento social. A todas estas situações anteriormente referidas, acrescentamos o facto de estes indivíduos terem de recorrentemente abandonar as suas atividades profissionais. De facto, Coutinho, Vasconcelos, Lopes, Wadie e Tavares (2010) referem que 2/3 dos indivíduos que tiverem de abandonar os seus empregos devido aos tratamentos não voltaram ao seu emprego anterior à doença. Acrescentam, ainda, que empregos que tendem a exigir maior capacidade física são os mais afetados.

A qualidade de vida psicológica foi o único parâmetro referente à avaliação da qualidade de vida, que não teve como preditor a vergonha associada à doença crónica, ainda que se tenha verificado um valor no limite da significância estatística. Este dado deverá ser alvo de análise em estudos futuros, tendo em conta que um dos elementos que poderá ter contribuído para este resultado é o tamanho reduzido da amostra.

De uma forma geral, e sumando algumas das ideias previamente expostas, aquilo que mais afeta esta população é a sintomatologia depressiva e a vergonha associada à sua doença. Considerando os resultados obtidos podemos concluir que as consequências e alterações devidas à doença têm um elevado impacto na forma como estes doentes se imaginam existir na mente dos outros e na forma como se percebem, muitas vezes apresentando receio de uma avaliação negativa por parte dos outros devido à sua doença,

sentindo-se isolados, inseguros e inadequados. De facto, segundo Cacioppo e Patrick (2008), a vergonha tem sido associada a uma diminuição de disponibilidade para reconhecer sinais de aceitação por parte dos outros.

No que se refere às áreas de vida que os doentes renais crónicos classificavam como sendo as mais afetadas, podemos mencionar as áreas de Estudos/Trabalho e as Relações Amorosas. Como referido anteriormente, a qualidade de vida dos pacientes que realizam tratamentos de diálise é afetada significativamente. Este impacto negativo está associado a mudanças nos seus hábitos e rotinas diárias, tanto para os próprios, mas igualmente para a sua família. Efetivamente, esta doença tem impacto, não só na saúde física, mas também nas relações pessoais e no estatuto socioeconómico dos pacientes (Papadakis, 2010 citado em Gerogianni & Babatsikou, 2014; Theofilou, 2011).

As pesquisas encontradas vão de encontro aos resultados da presente investigação. De facto, segundo a literatura, para estes pacientes os fatores que mais demonstram impacto na sua vida incluem alterações nas relações amorosas, dificuldades financeiras (Leung 2003, citado em Gerogianni et al., 2014) e dificuldades no seu emprego (Gerogianni et al., 2014). Outros autores referem ainda que as idas regulares ao hospital, restrições alimentares, a impossibilidade de se ausentarem para férias, a restrição no tempo de lazer e a fadiga são os fatores que mais *stress* e impacto causam em pessoas em tratamento dialítico (Gerogianni et al., 2014; Lacroix, Jacquemet, & Assal, 1995). As dificuldades financeiras hipotetizamos que estejam, de alguma forma, relacionadas com o facto de estas pessoas terem, por vezes, de abandonar o seu emprego e também os encargos económicos associados à doença.

Efetivamente, quando analisamos estes resultados, podemos inferir que as relações amorosas são das componentes mais afetadas no portador de doença renal crónica. Alguns desses motivos podem ser, por exemplo, o tempo comprometido que estas pessoas têm devido aos tratamentos, mas também a vergonha associada ao aspeto físico consequente desta doença. Por outro lado, a área que se mostrou menos afetada foi a familiar, e apesar de não ter sido encontrada literatura neste sentido, este dado parece indicar uma aproximação ao núcleo familiar em face da doença. Assim, investigação futura poderá clarificar este aspeto e remeter para eventuais componentes que possam assumir um papel protetor e, assim, manter esta área como mais intacta.

De acrescentar que a incerteza que esta doença encerra (consequências do tratamento, possibilidade ou não de receber um transplante) poderá também contribuir para algumas das dificuldades destes pacientes. Quanto à sintomatologia depressiva podemos de, alguma forma, equacionar que sendo esta patologia associada a sentimentos de perda, poderão surgir nestes pacientes sentimentos de perda do seu “eu” anterior à doença e, igualmente, sentimentos de perda das atividades e situações sociais que poderão ter que abandonar ou restringir devido à exigência temporal dos tratamentos. Apesar dos avanços crescentes na medicina, existem limitações em várias atividades do quotidiano resultantes do tratamento dialítico.

Apesar de terem sido encontrados dados que sustentam a importância do apoio dirigido a esta população específica que validam a pertinência do tema escolhido, a presente investigação apresenta limitações que deverão ser consideradas e até ponderadas para estudos posteriores. O facto do número de participantes ser baixo mostra-se uma limitação. No entanto, consideramos que a introdução de novas medidas em relação à proteção de dados poderá ter sido um constrangimento para a colaboração de diversas instituições que deixaram de poder partilhar com os pacientes os estudos da forma habitual. Consideramos, também, que outra limitação é o facto de apenas terem sido utilizados instrumentos de autorresposta, pois o recurso a uma entrevista poderia enriquecer um conjunto de dados relevantes. De referir que o desenho transversal deste estudo não permitiu o estabelecimento de relações de causalidade e foi impeditivo, por exemplo, da avaliação da sintomatologia depressiva consoante o estadió da doença, dado que os desafios inerentes a cada fase demonstram ser distintos. Com efeito, seria uma mais valia a realização de um estudo longitudinal com esta população para identificar os períodos mais críticos da doença renal crónica, que acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Seria particularmente interessante tendo em conta que estes doentes se debatem constantemente com preocupação sobre a progressão da sua doença. É importante referir, também, que a utilização de um instrumento que avalia a qualidade de vida não específico para esta população poderá, de alguma forma, ser visto como uma limitação. Dadas as limitações consideradas, seria interessante que em próximas investigações se procurasse ultrapassar as mesmas. Por exemplo, seria interessante incluir no estudo a avaliação da psicopatologia e da qualidade de vida tendo em conta o tipo de tratamento que os pacientes realizam, algo que não foi possível tendo em conta o número de participantes desta amostra.

Apesar das limitações acima enumeradas, o nosso estudo apresenta contributos importantes para os conhecimentos sobre aspetos emocionais em pessoas com insuficiência renal crónica e abre portas à reflexão sobre possíveis intervenções adaptadas a estes pacientes. Por um lado, contribui para solidificar o conhecimento acerca da importância da sintomatologia depressiva nestes pacientes, identificando a fusão cognitiva como processo de regulação emocional com particular relevância na predição deste tipo de sintomas. Ainda no âmbito dos sintomas depressivos acrescenta que a vergonha associada à doença crónica se constitui, igualmente, como um preditor significativo. De destacar ainda que a vergonha associada à doença, para além do referido papel relativamente à depressão, se revelou ainda uma emoção preditora de diferentes domínios da qualidade de vida destes pacientes. Neste contexto parece ser de utilidade a avaliação e abordagem terapêutica, quer da fusão cognitiva, quer da vergonha, em intervenções psicológicas dirigidas a pessoas com insuficiência renal crónica.

## Referências

- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, Early Abuse, and Course of Depression in a Clinical Sample: A Preliminary Study. *Cognition and Emotion*, 11(4), 373–381. <https://doi.org/10.1080/026999397379845>
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29–42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Anees, M., Barki, H., Masood, M., Ibrahim, M., & Mumtaz, A. (2008). Depression in hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 24(4), 560–565.
- Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M., & Khan, M. N. S. (2011). Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 5(1), 9–14.
- Arellano, J. L. P. (2013). Manual de Patología general. In S. de Castro (Ed.) (7th ed., p. 680).
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Chronic disease. Retrieved December 10, 2018, from <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/about>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Barroso, L. V. S., Miranda, E. P., Cruz, N. I., Medeiros, M. A. S., Araújo, A. C. O., Mota Filho, F. H. A., & Medeiros, F. C. (2008). Analysis of Sexual Function in Kidney Transplanted Men. *Transplantation Proceedings*, 40(10), 3489–3491. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.07.141>
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Frontiers in Public Health*, 4(August), 2–4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and



- Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, interventions and challenges* (vol. 20). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2008). *Loneliness- Human Nature and the Need for Social Connection*. W. W. Norton & Company.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão*. Universidade de Coimbra.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54.
- Chen, C. K., Tsai, Y. C., Hsu, H. J., Wu, I. W., Sun, C. Y., Chou, C. C., ... Wang, L. J. (2010). Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528-528.e6. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.6.528>
- Cheung, M. S. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143–1153. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00206-X)
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(4), 292–302. <https://doi.org/10.1002/cpp.718>
- Coutinho, N. P., Vasconcelos, G., Lopes, M. L., Wadie, W. C., & Tavares, M. C. (2010). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev Pesq Saúde*, 11(1): 13-.
- Dias, D. R., Shiozawa, P., & Miorin, L. A. (2015). Prevalence of symptoms of depression and anxiety among patients with chronic kidney disease under hemodialysis therapy:

a cross-sectional study. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 60, 65–71. Retrieved from

[http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2015/04-AO83.pdf](http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2015/04-AO83.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.

Ferenbach, D. A., & Bonventre, J. V. (2017). Acute kidney injury and chronic kidney disease: from the laboratory to the clinic. *Nephrologie & Therapeutique*, 12(Suppl 1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2016.02.005>

Gerogianni, S., Babatsikou, F., Gerogianni, G., Grapsa, E., Vasilopoulos, G., Zyga, S., & Koutis, C. (2014). ‘Concerns of patients on dialysis: A research study.’ *Health Science Journal*, 8(4), 423–437.

Gerogianni, S. K., & Babatsikou, F. P. (2014). Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal*, 8(2), 205–214.

Gerteis, J., Izrael, D., Deitz, D., LeRoy, L., Ricciardi, R., Miller, T., & Basu, J. (2014). *Multiple Chronic Conditions Chartbook* (No. 14–0038).

Gilbert, P. (2006). Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases. In *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases* (pp. 1–382). <https://doi.org/10.4324/9780203965177>

Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Shame, Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. New York: Oxford University Press.

Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Evolution, Genes, Development and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 255, 246–255. [https://doi.org/doi.org/10.1002/1099-0879\(200010\)7:4<246::AID-CPP255>3.0.CO;2-5](https://doi.org/doi.org/10.1002/1099-0879(200010)7:4<246::AID-CPP255>3.0.CO;2-5)

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

- Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: Impact and management challenges – A narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 11, 93–102. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple. Workbook*. Retrieved from [papers2://publication/uuid/464225D2-A6DA-4034-ACFB-179650B573C3](https://papers2://publication/uuid/464225D2-A6DA-4034-ACFB-179650B573C3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Heiwe, S., Clyne, N., & Dahlgren, M. A. (2003). Living with chronic renal failure: patients' experiences of their physical and functional capacity. *Physiotherapy Research International: The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*, 8(4), 167–177. <https://doi.org/10.1002/pri.287>
- Kline, R. (2005). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling*. (U. G. Press, Ed.) (2nd ed). New York.
- Lacroix, A., Jacquemet, S., & Assal, J. P. (1995). Patients' experiences with their disease: learning from the differences and sharing the common problems. *Patient Education and Counseling*, 26(1–3), 301–312. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00762-0](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00762-0)
- Link, D. K. (2015). Chronic kidney disease: New paradigms in diagnosis and management. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 28(7), 23–28. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000466586.10595.2e>
- Lopes, G. B., Matos, C. M., Leite, E. B., Martins, M. T. S., Martins, M. S., Silva, L. F., ... Lopes, A. A. (2010). Depression as a potential explanation for gender differences in health-related quality of life among patients on maintenance hemodialysis. *Nephron - Clinical Practice*, 115(1). <https://doi.org/10.1159/000286348>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states:

- Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. (P. Foundation, Ed.) (2nd Ed).
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 299–312. <https://doi.org/10.1002/cpp.659>
- McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1215–1225. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9570-9>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic, 1. <https://doi.org/10.4082/hpr.2013.e27>
- Mills, K. T., Xu, Y., Zhang, W., Bundy, J. D., Chen, C. S., Kelly, T. N., ... He, J. (2015). A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney International*, 88(5), 950–957. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.230>
- Neff, K. D. (2003a). Self compassion conceptualisation. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 21(2 PART 1), 343–344. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- Nigam, G., Camacho, M., Chang, E. T., & Riaz, M. (2018). Nature and Science of Sleep Dovepress exploring sleep disorders in patients with chronic kidney disease. *Nature and Science of Sleep*, 10–35. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125839>
- Pais-ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens

de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, V(2), 229–239.

Pallant, J. (2013). *A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (N. A. & Crows Nest & Unwin, Eds.) (5th ed).

Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., ... Strippoli, G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, 84(1), 179–191. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>

Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., & Pinto, A. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ).

Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 311–323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>

Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139–156.

Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281–290. <https://doi.org/10.1002/acp.1689>

Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Middendorp, H. van. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)

Senanayake, S., Gunawardena, N., Palihawadana, P., Suraweera, C., Karunaratna, R., & Kumara, P. (2018). Depression and psychological distress in patients with chronic renal failure: Prevalence and associated factors in a rural district in Sri Lanka. *Journal of Psychosomatic Research*, 112(40), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.009>

Sirois, F., & Rowse, G. (2016). The Role of Self-Compassion in Chronic Illness Care. *Department of Psychology, University of Sheffield*, 23.

Sprangers, M., Regt, E., Andries, F., Bijl, R., Boer, J., Foets, M., ... Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal*

*of Clinical Epidemiology*, 53, 895–907.

Strippoli, G. F. M. (2012). Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7(6), 974–981. <https://doi.org/10.2215/CJN.12601211>

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Using Multivariate Statistics Title: Using multivariate statistics (Vol. 5), 1–14. Retrieved from <https://lccn.loc.gov/2017040173>

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. The Guilford Press.

Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352–362. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>

Theofilou. (2011). Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. *Journal of Clinical Medicine Research*, 3(3), 132–138. <https://doi.org/10.4021/jocmr552w>

Trindade, I. A. (2018). *Emotion Regulation and Chronic Illness: The Roles of Acceptance, Mindfulness and Compassion in Physical and Mental Health*. Universidade de Coimbra.

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Chronic Illness-Related Shame: Development of a New Scale and Novel Approach for IBD Patients' Depressive Symptomatology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 255–263. <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Chronic Illness-Related Shame: Development of a New Scale and Novel Approach for IBD Patients' Depressive Symptomatology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 255–263. <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Assessment of Chronic Illness-Related Cognitive Fusion: Preliminary Development and Validation of a New Scale with an IBD Sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 356–366. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9536-5>

Tsay, S. L., & Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of*

*Nursing Studies*, 39(3), 245–251. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00030-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00030-X)

Turner, J., & Kelly, B. (2000). Culture and Medicine: Emotional dimensions of chronic disease. *West Journal of Medicine*, 172(February), 124–128.

Vassalotti, J. A., Centor, R., Turner, B. J., Greer, R. C., Choi, M., & Sequist, T. D. (2016). Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *American Journal of Medicine*, 129(2), 153-162.e7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.025>

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49, 27, 41–49.

Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., ... McCall, C. (2007). Effects of Pain Acceptance and Pain Control Strategies on Physical Impairment in Individuals With Chronic Low Back Pain. *Behavior Therapy*, 38(4), 412–425. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.02.001>

Wang, W. L., Liang, S., Zhu, F. L., Liu, J. Q., Wang, S. Y., Chen, X. M., & Cai, G. Y. (2019). The prevalence of depression and the association between depression and kidney function and health-related quality of life in elderly patients with chronic kidney disease: A multicenter cross-sectional study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 905–913. <https://doi.org/10.2147/CIA.S203186>

Watnick, S., Kirwin, P., Mahnensmith, R., & Concato, J. (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 41(1), 105–110. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2003.50029>

Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Daniels, M., Berry, S., ... Ware, J. (1989). Functioning and Well-being Results From the Medical Outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914–919.

Whoqol Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>

Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment

(WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10). [https://doi.org/41 \(10\), 1403-1409](https://doi.org/41(10),1403-1409)

World Health Organization. (2013). 10 facts on noncommunicable diseases. Retrieved December 2, 2018, from [https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/](https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/)

World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases. Retrieved December 2, 2018, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Yazici, R., Altintepe, L., Guney, I., Yeksan, M., Atalay, H., Turk, S., ... Selcuk, N. Y. (2009). Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Renal Failure*, 31(5), 360–364. <https://doi.org/10.1080/08860220902883012>